Et aussi **sur le Web**

- Items 41, 171, **mis à jour**
- **Photothèque :** troubles de la statique de l'enfant
- **Quiz :** scoliose, cyphose
- Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? **Les réponses**
- **Tests** de lecture
- **Tous les items** en version PDF

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

Les unités mixtes de formation continue en santé

Jean-Michel Chabot
Faculté de médecine, Marseille

L'un des grands chantiers qui est ouvert sous nos yeux est celui de l'organisation de l'exercice des médecins et des autres professionnels de santé.

Pour l'ambulatoire – secteur libéral très majoritaire dans notre pays, avec 115 000 des 170 000 médecins en activité clinique –, l'exercice individuel en cabinet prédominait largement jusqu'à ce jour.

On le sait – le Conseil national de l'Ordre des médecins en fait régulièrement le constat depuis 3 ans –, ce mode d'installation s'étiole jusqu'à devenir quasiment marginal : les jeunes (et en réalité nombre de leurs aînés) souhaitent maintenant travailler dans le cadre d'un regroupement professionnel, qui va désormais au-delà d'une simple mutualisation logistique. C'est en particulier le cas pour la médecine générale – encore près de 50 000 praticiens – qui s'apprête à assumer une large part de ces « soins de premiers recours » (soins primaires) dont l'article 36 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) a donné une définition assez précise et que personne ne conteste sérieusement.

Les raisons profondes de ces regroupements professionnels sont bien connues :

- d'abord, les possibilités d'aménagement et le confort de l'exercice pour des femmes et des hommes qui ne veulent pas confondre leurs vies personnelles et professionnelles ;
- ensuite, les malades eux-mêmes, le plus souvent porteurs de maladies chroniques, de plus en plus âgés, souvent polypathologiques et dont la prise en charge implique évidement continuité et coordination des soins entre tous les intervenants, notamment dans le cadre d'un maintien au domicile.

Pour ces raisons, le regroupement des médecins mais également des autres professionnels et des services sociaux s'impose de lui-même. Ces regroupements sont naturellement le moyen d'instituer un mode d'exercice en équipe pluriprofessionnelle, qui va bien au-delà de la juxtaposition des exercices individuels qui prédominait jusqu'alors.

Dans le cadre de cet exercice en équipe médico-sociale – comme cela est déjà banalisé dans certains réseaux, services d'hospitalisation à domicile (HAD), ou même certains secteurs de psychiatrie –, la mise en œuvre de « protocoles » (quels que soient les termes utilisés, depuis les plans ou parcours de soins jusqu'aux plus modernes plans personnalisés de soins [PPS]) n'est plus assimilée à une contrainte entravant la « liberté de prescription » comme cela pouvait être le cas il y a tout juste quelques années.

De même, le travail en équipe se traduit par des échanges permanents d'informations – formalisés ou non – et qui constituent autant d'opportunités d'accroître constamment la qualité et la sécurité de la prise en charge des malades.

De plus, ces regroupements (multi)professionnels en secteur ambulatoire constituent à l'évidence un « milieu nourricier » adapté pour abriter ces nouvelles coopérations et répartitions des tâches qui semblent devoir se multiplier dans notre pays… à l'instar de ce qui se fait déjà dans la plupart des systèmes de soins des pays de l'OCDE.

On le sait, les nouvelles coopérations avaient été initiées, voilà bientôt 10 ans dans le cadre d'expérimentations, sous le ministère de J.-F. Mattéi. Et depuis 2009, un article de la loi HPST les installent en pleine légalité, dès lors que les agences régio-

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

nales de santé, puis la Haute Autorité de Santé valident les projets soumis par des professionnels du terrain et comportant une extension du rôle de telle(s) ou telle(s) profession(s) de santé.

Hors les résistances qui peuvent se manifester dès lors que les périmètres des métiers – singulièrement dans le secteur de la santé – sont appelés à s'accroître ou pire à se chevaucher, on convient aisément que cette politique de nouvelles coopérations implique notamment des évolutions de trois ordres : juridique, financier et pédagogique.

Le juridique (définition de la notion d'équipe, rôle propre de chaque professionnel, responsabilité) et le financier (valorisation des activités, nouveaux modes de rémunération) sont simplement cités ici.

Quant au pédagogique, il s'agit de garantir que les professionnels candidats à des extensions de leurs rôles ont bien été formés pour cela.

Justement, sur ce point, les universités et facultés de médecine viennent de prendre une initiative qui pourrait s'avérer déterminante en s'engageant pour la création d'unités mixtes de formation continue en santé (UMFCS). Deux colloques de présentation se sont tenus successivement en janvier 2010 à Clermont-Ferrand et en mars 2011 à Bordeaux. Les programmes de ces colloques sont accessibles sur les sites Internet correspondant par les liens suivants :

http://www.u-clermont1.fr/uploads/sfCmsContent/html/330/Programme_UMFCS.pdf et http://www.dfmc.u-bordeaux2.fr/images/articles/journees/2eme_colloque_umfcs_2011.pdf

Au-delà de ces journées de présentation, on peut lire avec intérêt la courte profession de foi préparée par les universitaires porteurs de cette initiative :

*« **L'unité mixte de formation continue en santé** a vocation à être un opérateur de la formation tout au long de la vie des professionnels concernés. Elle développe son activité dans un cadre universitaire. Les formations qu'elle délivre ainsi peuvent avoir un caractère diplômant. Les unités mixtes de formation en santé seront évaluées dans le cadre des procédures d'évaluation des établissements dont elles relèvent.*

L'unité mixte naît de l'initiative de ceux qui, universitaires ou non, souhaitent tirer parti de leurs connaissances et compétences pour développer des formations de haute qualité, répondant aux besoins des professionnels concernés. Lorsque la mise en place d'une unité mixte de formation continue en santé à caractère régional ou interrégional apparaît envisageable, la création d'unités mixtes interuniversitaires doit être privilégiée.

***La mixité** est d'abord celle des professionnels de santé eux-mêmes, sans exclusive. Sont concernés au premier chef les professions dont la formation initiale relève de l'université*. La mixité permet aussi l'accueil de professionnels formés en dehors de l'université.*

La mixité est également celle des champs disciplinaires : elle implique une participation, aux côtés de professionnels de santé, de représentants de disciplines extérieures au champ de la santé dans la mesure où les interactions qu'elle favorise enrichissent les formations offertes. Enfin, cette mixité est aussi celle des intervenants – universitaires ou non – qui contribuent aux actions de formation permanente.

***Les formations offertes** par l'unité mixte doivent permettre non seulement l'adaptation des connaissances et compétences à l'évolution de l'exercice afin de maintenir un très haut niveau de qualité professionnelle mais aussi faciliter les évolutions professionnelles à la faveur de formations diplomantes (dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience [VAE] notamment). »*

Les UMFCS, dont on compte déjà quelques unités opérationnelles aujourd'hui, ont ainsi vocation à assurer les formations théoriques et pratiques, indispensables pour permettre dans des conditions adaptées de qualité et de sécurité des soins l'indispensable évolutivité des métiers. C'est également dans ce sens que le tout récent « rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire** » conclut, en faisant de la formation l'un des piliers de ses propositions. •

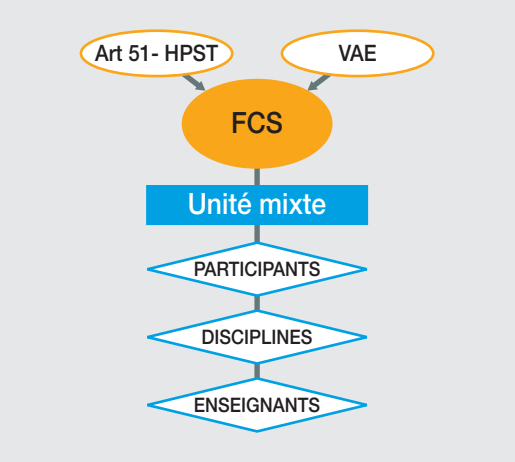

FIGURE La triple mixité des unités mixtes de formation continue en santé.

* On sait qu'au-delà de la mise en œuvre désormais effective de la première année commune des études de santé (PACES) qui réunit les étudiants de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie, l'universitarisation de la formation de l'ensemble des professions de santé est projetée à court terme (*v. La Revue du Praticien* du 20 décembre 2010).

** http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN